

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N° 63

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Raymond BOUILLIÉ

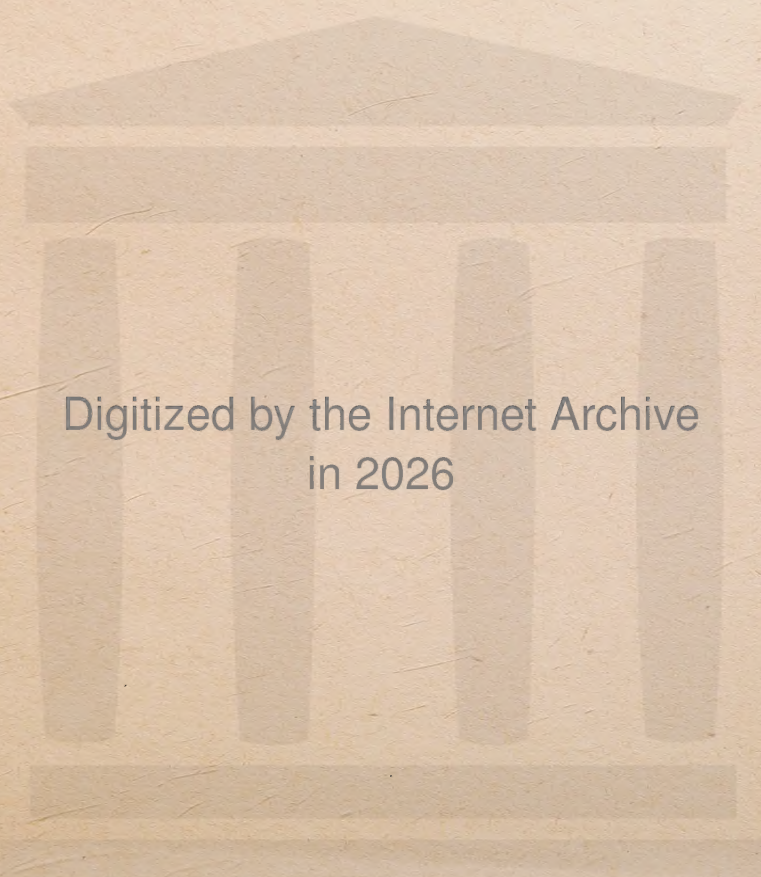
Né le 8 Décembre 1910, à Loudun (Vienne)

Contribution à l'Etude
des Corps étrangers du Rectum

Président : M. CUNÉO, professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, Éditeurs
23, Rue de l'École-de-Médecine, 23
1940

88



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552809_0125

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Raymond BOUILLIÉ

Né le 8 Décembre 1910, à Loudun Vienne

Contribution à l'Etude
des Corps étrangers du Rectum

Président: CUNÉO, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, Éditeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine, 23

1940

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Clinique médicale	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
	LAIGNEL-LAVASTINE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	OMBREDANNE.
	MOCQUOT.
	HARVIER.
	LEMAITRE.
	Pierre Duval.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie patho- Anatomie patho-	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophthalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Obstétrique.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Pharmacologie.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..		BASSET	
BRULE		BROCC	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER ...		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES ..	
DUVOIR	Clinique	LEVEUF	
GASTINEL	médicale.	MOULONGUET ..	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G.) .		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIEDELIEVRE ..			
SEZARY			

Clinique
chirurgicale.

MM.	
EGALLE	
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

Clinique
obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MON FRERE

LE DOCTEUR MAURICE BOUILLIE

Chirurgien de l'Hôpital du Havre

A MON FRERE

LE COMMANDANT ROBERT BOUILLIE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HADENGUE
Radiologiste de l'Hôpital de Versailles

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a prodigué ses
précieux conseils au cours de son
élaboration.*

Hommage reconnaissant.

Contribution à l'Étude des Corps étrangers du Rectum

INTRODUCTION

La présence de corps étrangers dans le Rectum est assez rarement constatée au cours d'une carrière médicale, car si l'on n'entend pas par « *Corps étrangers* » les matières fécales, quelles qu'elles soient, il reste exclusivement les corps étrangers déglutis ou ceux introduits par l'anus.

Or, les premiers sont le plus souvent arrêtés, suivant leur nature, dans les voies digestives supérieures ou tout au plus dans la partie haute de l'intestin; les secondes étant la plupart du temps le résultat d'un vice, il est rare qu'ils échappent à l'individu au point qu'il ne puisse plus les retirer.

Il est cependant d'un gros intérêt de bien connaître la présence possible des Corps étrangers du Rectum, et les signes qu'ils entraînent; en effet, il est presque impossible de compter sur l'interrogatoire, alors qu'on a affaire à des sujets réticents, qui se dérobent, ou même qui cherchent à tromper le médecin sur l'origine de leur affection.

D'autre part, il faut bien savoir que la présence de Corps étrangers du Rectum se constate presque exclusive-

ment chez l'*adulte*. En effet, L'étiologie lubrique est la plus fréquente, et il ne reste à l'enfant que l'étiologie accidentelle. Chez l'enfant s'observe parfois au niveau du rectum la présence d'un corps étranger qui, dégluti, sera parvenu sans dégâts jusqu'à cette ultime portion de l'intestin, mais c'est presque exclusivement le corps étranger introduit par l'anus que l'on aura occasion de trouver, et plus particulièrement un fragment de thermomètre brisé. Mais ici l'interrogatoire des parents suffit à faire le diagnostic : on évitera avec le plus grand soin toute espèce de manœuvre intra-rectale qui aurait pour seul résultat de repousser plus loin un corps étranger dangereux; la seule chose à faire en pareil cas est de donner un lavement d'huile pour parvenir à une évacuation spontanée, et ce n'est qu'après cette évacuation que l'on pourra vérifier la présence ou l'absence de déchirures rectales légères.

Nous abstenant donc de décrire plus longuement les troubles dûs aux corps étrangers du rectum chez l'enfant, qui sont, répétons-le, fort rares, nous décrirons d'abord les Corps étrangers du Rectum chez l'adulte, et les troubles sérieux qu'ils entraînent; nous rapporterons ensuite une observation de Corps étranger du Rectum, absolument inédite et fort curieuse, observation prise à l'hôpital Civil HADENGUE, radiologiste de l'hôpital Civil et BESNARD, de Versailles, sous la direction de Messieurs les Docteurs chirurgien de l'hôpital Civil.

I

Il nous a paru possible de diviser l'étude des corps étrangers du Rectum suivant leur étiologie :

A. — CORPS ÉTRANGERS DU RECTUM NON INTRODUITS par l'anús, sans grand intérêt chirurgical;

B. — CORPS ÉTRANGERS DU RECTUM INTRODUITS par l'anús présentant au contraire un vif intérêt chirurgical.

A. — CORPS ETRANGERS DU RECTUM NON INTRODUITS PAR L'ANUS

Ces corps étrangerss sont dûs exclusivement à la déglutition, volontaire ou non, de produits alimentaires ou non. Ici encore, on peut distinguer : 1° les corps étrangerss du Rectum *transformés* entre le moment de la déglutition et l'arrivée au Rectum : c'est la COPROSTASE ACCIDENTELLE, car nous éliminons ici la coprostase par parésie simple de l'intestin, qui ne nous paraît pas rentrer dans le cadre des corps « étrangers » du Rectum, la présence de matières normales y étant normale — seul leur « séjour » y est anormal — 2° les corps étrangers

du Rectum *non transformés* entre le moment de la déglutition et l'arrivée au Rectum : c'est le CORPS ÉTRANGER DÉGLUTI.

I. — COPROSTASE ACCIDENTELLE.

Certaines coprostases peuvent jouer le rôle de corps étrangers du Rectum; ces coprostases sont dûes à des causes diverses; tantôt il s'agit de transformation anormale dans le tube digestif de certains aliments, ainsi que le fait a été observé en Irlande, au cours de la famine de 1846, à la suite de l'ingestion de grandes quantités de pommes de terre avariées, seule nourriture existant en Irlande à ce moment. Tantôt il s'agit d'agglomérats de matières par ailleurs à peu près normales autour d'un corps étranger vrai, mais qui, par son faible volume, est incapable à lui seul de jouer vraiment le rôle d'un corps étranger gênant; c'est ainsi que l'on a observé l'agglomération compacte de matières autour de paquets de cheveux, de noyaux de cerises, de coques de noix, d'ascari-
des ou de calculs biliaires.

La quantité des matières ainsi agglomérée peut être absolument énorme, hors de proportion avec le corps étranger primitif qui est à la base de cette agglomération; on a observé des coprostases ainsi formées qui dépassaient le Rectum et remontaient dans le colon, généralement en une seule masse ayant la consistance d'un épais mastic.

Les SYMPTOMES dûs à ces corps étrangers sont très flous, très peu nets, d'autant plus, rappelons-le, que nous avons éliminé la coprostase par parésie intestinale des vieillards, et que nous avons souvent affaire à des gens jeunes ou d'âge moyen.

Il n'y a pas d'occlusion vraie; si les matières normales ne sont pas expulsées, on observe souvent de la diarrhée, soit que les matières descendent le long du corps étranger, venant d'au dessus de lui, soit qu'il y ait hyper-sécrétion rectale par irritation locale. De toute façon, les gaz passent parfaitement.

On constate un certain ballonnement, de l'inappétence, des nausées, et l'on trouve une tumeur abdominale.

Le DIAGNOSTIC est difficile; on a vu ces tumeurs prises pour un cancer de l'utérus; cependant la tumeur est pâteuse, et, à un examen attentif, on constate que le périnée est exagérément bombé. Le toucher rectal fait alors le diagnostic.

Le TRAITEMENT de ces coprostases est simple : les purgatifs, les lavements, surtout lavements à l'huile, si le corps étranger a des dimensions encore assez restreintes pour pouvoir être évacué spontanément; sinon on emploiera des cuillers mousses pour pratiquer une véritable vidange du Rectum.

II. — CORPS ÉTRANGERS DÉGLUTIS.

Non dangereux par leur volume, puisqu'ils sont assez petits pour être avalés, ces corps étrangers du Rectum ne sont dangereux que par leur nombre ou leur forme.

Souvent, il s'agit d'une bravade ou d'un pari, tel ce matelot qui, défié de le faire, avala son couteau grand ouvert, et mourut d'une péritonite consécutive à une déchirure du rectum. Toutes sortes de corps étrangers peuvent être retrouvés dans ces conditions : noyaux de cerises, coquilles de noix, débris de toutes sortes, dents de fourchettes, manches de porte-plumes.

Mais ce sont encore les *aliénés* qui détiennent sans aucun doute le record en ce domaine; on cite volontiers le cas de ce fou qui avala cent clous, plusieurs morceaux de verre et de fer, et quelques épingles à cheveux; on retrouva le tout dans son Rectum.

Si ces corps étrangers sont parfois déglutis intentionnellement, il faut savoir que, cependant, ils sont assez souvent avalés par mégarde; si c'est sans inconvénients que les enfants avalent leurs billes, des boutons, ou des jouets de petite taille, il n'en est pas de même lorsque, par exemple, un tapissier avale quelques-uns des petits clous qu'il a coutume de mettre dans sa bouche au cours de son travail. On a vu aussi des corps étrangers du Rectum dûs à la déglutition accidentelle de dents artificielles de râteliers, ou même d'un œil artificiel.

Cette déglutition de corps étrangers donne lieu dans le Rectum à quatre groupes d'ACCIDENTS :

- Douleurs simples, sans accidents vrais;
- Obstruction intestinale par obstacle rectal;
- Rectite simple par irritation dûe au séjour prolongé du corps étranger;
- Perforation du Rectum : — immédiate, mécanique, dûe à la forme du corps étranger (couteau, fragment d'os, arête de poisson) — lentement, dûe à une ulcération par rectite.

Le TRAITEMENT de ces corps étrangers, sans aucune difficulté, consiste à les extirper avant tout accident; aucune autre manœuvre n'est nécessaire, que l'emploi des doigts ou à la rigueur de curettes mousses.

B. — CORPS ETRANGERS DU RECTUM INTRODUITS PAR L'ANUS

Les corps étrangers du rectum introduits par l'anus reconnaissent des étiologies variées : quoiqu'en disent souvent les porteurs de ces corps étrangers, ceux-ci sont très rarement introduits par accident : il peut évidemment s'agir parfois d'un empalement accidentel, mais il y a alors plaie du Rectum et même souvent plaies des organes voisins.

Dans certains milieux (forçats — mines de diamants), on observe souvent la présence de corps étrangers du Rectum dûe à la dissimulation d'instruments d'évasion,

parfois volumineux, ou de diamants bruts, dans leur gangue, également très gros.

Il est déjà plus rare que pour les corps étrangers déglutis de voir des corps étrangers introduits par l'anus par jactance ou à la suite de paris.

Bref, les corps étrangers du Rectum introduits par l'anus sont dûs presque exclusivement à des *vices*, à des passions honteuses à une extrême lubricité; et toutes sortes d'objets peuvent ainsi faire fonction de corps étrangers : tuyaux de pipe, morceaux de bois, cailloux, dents de râteau, pots de confitures, bouteilles même.

Au point de vue dimensions, le maximum connu est rapporté dans une observation de MONTANARI, relatant qu'un sujet, après s'être enfoncé dans le Rectum un pilon de Mortier de 30 centimètres, sans aucun inconvénient, essaya un nouveau pilon de 55 centimètres et se perfora l'intestin.

Cette observation est à rapprocher de celle que nous relaterons tout à l'heure, et dans laquelle il s'agit d'un corps étranger de 32 centimètres.

Rappelons que, par définition, les corps étrangers volontairement introduits par l'anus sont lisses et réguliers; ils ne sont donc dangereux que par leurs dimensions.

Les objets courts sont inoffensifs et spontanément expulsés. Les objets longs et minces, rectilignes, redressent les courbures intestinales, et peuvent provoquer des ruptures, ou, au bout de peu de temps, des ulcérations.

Enfin, les objets gros et longs s'enclavent; le coccyx se rabattant sur eux fait taquet et empêche leur extraction facile.

Les troubles provoqués par ces corps étrangers du Rectum sont très rapidement des douleurs vives et des troubles urinaires.

L'interrogatoire de ces sujets est très difficile, et leurs réponses font sujettes à caution : c'est ainsi qu'ils appellent souvent le médecin pour une simple constipation, ou en alléguant tout autre prétexte. De même, une fois reconnue la présence du corps étranger, ils prétendent l'avoir avalé — alors que les dimensions de l'objet rendent la chose impossible; ou encore ils disent avoir subi un empalement accidentel : ils auraient rencontré en tombant un verre, un pot, une bouteille, qui, sans se briser, seraient entrés subrepticement dans l'anus.

Il convient donc avant tout, devant de tels aveux, d'être sceptique chaque fois qu'il s'agit d'orifices naturels.

Des lésions immédiates peuvent se produire : déchirures de la vessie, de l'intestin.

Souvent, par contre, il n'y a pas de lésions immédiates : ces corps étrangers sortent spontanément, ou provoquent dans les jours suivants de l'obstruction intestinale et des troubles urinaires.

Si le corps étranger séjourne dans le Rectum, il peut

se produire rapidement des ulcérations aux deux extrémités du corps étranger, provoquant des hémorragies, des accidents septiques, des péritonites par l'ulcération supérieure, des phlegmons par l'ulcération inférieure.

Si le corps étranger est tubulaire, tel un pot de confitures, la muqueuse peut s'invaginer à l'intérieur de l'objet, et s'il n'y a pas de fond à celui-ci, la muqueuse invaginée peut s'étrangler.

Ces accidents toujours possibles, et, en réalité, assez fréquents si le corps étranger n'est pas extirpé peu après son introduction, conduisant à instituer une thérapeutique rapide et efficace.

Les difficultés de ces extractions sont considérables; ainsi que l'a montré une statistique, on a observé 6 morts sur 33 cas de corps étrangers du Rectum, et sur ces 6 cas, la moitié est dûe aux manœuvres d'extraction.

Nous n'insisterons jamais trop, suivant en cela la technique préconisée par LEJARS, dans sa « Chirurgie d'Urgence », sur la nécessité de s'imposer une méthode, et de chercher rapidement, mais non hâtivement, quelle technique doit être employée pour l'extraction du corps étranger, sans jamais craindre de faire une intervention trop importante.

Le sujet ayant avoué la présence d'un corps étranger introduit par l'anus dans son Rectum, on vaseline largement la région anale, et l'on introduit très doucement le doigt dans l'anus : parfois le corps étranger est perçu,

tout près, bien placé dans l'axe rectal, et l'extraction peut être immédiate avec les doigts ou des pinces.

Si, par contre, l'objet est enclavé dans la concavité sacrée, immobile, bloqué, ou s'il distend exagérément l'ampoule rectale, il faut bien se garder d'insister, et il convient « de se préparer à faire méthodiquement une besogne ardue ». (LEJARS).

Si possible, on commence par endormir complètement le malade, car cette anesthésie générale épargne au patient des douleurs, et au chirurgien bien des efforts; cela évite aussi des accidents. Il ne faut donc pas s'y résoudre comme à un pis-aller, après de vaines tentatives, mais au contraire l'admettre d'emblée, comme le premier temps d'une intervention régulière.

Le malade en position de taille, cuisses écartées, région anale en pleine lumière, on commence par dilater largement l'anus, complètement, au doigt.

Puis il faut explorer, pour déterminer la présentation de l'objet; schématiquement, celle-ci affecte trois types :

1. — Corps volumineux, à plein dans le Rectum : le doigt ne peut s'insinuer en lui et la muqueuse.

2. — Corps long et cylindroïde, enclavé dans la concavité sacrée : le coccyx joue un rôle majeur.

On peut se reporter à l'observation de DELBET : une bouteille de 24 centimètres de long, de 57 millimètres de diamètre et de 18 centimètres de circonférence. Introduite par le goulot, elle s'est couchée presque horizon-

talement, goulot en avant et à gauche. Le coccyx fait taquet en arrière.

3. — Corps pointu ou muni d'aspérités, implanté dans la paroi rectale en un ou plusieurs points : la traction directe est illusoire et dangereuse.

Une fois cette exploration terminée et le terrain reconnu, il faut introduire une valve postérieure large et longue, le plus loin possible, entre le corps étranger et la paroi postérieure du Rectum en passant au-dessous du coccyx; on récline alors fortement en arrière pour affaisser celui-ci.

Si le sujet est jeune, son coccyx mobile et le corps étranger moyen, la rétroplulsion est facile, et par suite la voie devient libre. Dans d'autres conditions, il ne resterait que les procédés à ciel ouvert, que nous verrons tout à l'heure.

La valve bien en place, il faut amener le corps étranger dans l'axe et l'extraire, avec le minimum d'efforts; cette manœuvre se fait le plus souvent au doigt, parfois avec des pinces ou un petit forceps. Si le corps étranger est lisse et fragile, on couvrira au préalable de caoutchouc les mors de la pince ou les cuillers du forceps.

L'abaissement coccygien reste, nous l'avons vu, le temps principal de la manœuvre : une fois passée la pointe du coccyx, le dégagement s'achève habituellement sans peine.

Sauf pour certains corps mous (tel un saucisson, dans

une observation de BROUSSIN) le morcellement des corps étrangers s'avère dangereux et illusoire.

S'il s'agit d'objets pointus, fichés dans la paroi rectale, il faut dégager l'extrémité implantée. Si l'objet est fiché par ses deux extrémités, on le sectionnera pour extraire séparément les deux fragments.

Mais il faut toujours faire une large dilatation du segment rectum, car il faut essayer, si possible, de se borner à l'extraction par les voies naturelles, qui reste le procédé de choix.

Cependant, si cette extraction n'est pas possible, il ne faut pas se buter, mais au contraire ne pas craindre de recourir à temps à tous les débridements nécessaires :

Inciser l'anus; sectionner le sphincter sur la ligne médiane postérieure; faire si nécessaire, une rectotomie postérieure.

Il est parfois nécessaire, si le corps étranger est enclavé, de pratiquer une résection du coccyx, et la plupart des auteurs sont d'accord sur la nécessité de commencer alors l'intervention par cette résection, qui se fait sans léser aucun organe, à condition d'agir avec prudence, en le tenant le plus loin possible de la muqueuse rectale. Ce n'est qu'ensuite qu'on tente de désenclaver, manœuvre alors habituellement sans obstacles.

Si la chose paraît utile, il ne faut pas craindre à ce moment de fendre l'anus et même la paroi rectale postérieure.

Il n'y a jamais de suites à cette résection du coccyx.
L'intervention est terminée par des sutures soigneuses et
une bonne réfection du sphincter.

II

UNE OBSERVATION INEDITE DE CORPS ETRANGER DU RECTUM

L'observation que nous présentons ici a été recueillie à l'hôpital Civil de Versailles, dans les services de Messieurs les Docteurs HADENGUE, radiologiste de l'hôpital, et BESNARD, chirurgien de l'hôpital.

Elle nous paraît digne d'intérêt pour trois motifs :

— La *nature* particulière et les dimensions inusitées (32 centimètres) du corps étranger.

— Les *circonstances*, restées mystérieuses, de son introduction, que la réticence du sujet ne nous a pas permis de parfaitement élucider, comme toujours en pareil cas.

— La *tolérance* parfaite pendant trois jours, sans aucune ulcération et sans aucun trouble ultérieur.

OBSERVATION : Le 11 septembre 193*, au matin, nous recevons dans le service de radiologie de l'hôpital Civil de Versailles, un individu porteur d'une ordonnance émanant de l'un des médecins de la ville, avec cette men-

tion : « *Radiographie du Rectum* », sans un mot pour expliquer le motif de cette demande.

Devant ce papier, et malgré les timides protestations du sujet, qui voulait sa radio séance tenante, nous prescrivons un lavement évacuateur, pour permettre le lendemain matin une radiographie avec lavement baryté.

Le lendemain, le sujet revient, et, tandis qu'on prépare les appareils, il refuse de s'asseoir, puis enfin, s'assied avec une rigidité et des précautions curieuses. Il bavarde un peu avec le garçon de salle, et lui avoue que, depuis trois jours, il a « quelque chose dans le derrière qui le gêne ».

L'infirmière à ce moment vient le chercher pour lui donner son lavement baryté, mais le liquide ne s'écoule pas, comme s'il y avait un obstacle dans le rectum; de sa propre initiative, cette infirmière prend un cliché, le développe aussitôt et croit qu'une barre métallique est dérangée dans l'appareil, car au milieu de l'abdomen du sujet se voit une longue barre opaque, rectangulaire, aux extrémités arrondies, qu'une *Radioscopie* montre aussitôt appartenir en propre au sujet. L'aspect de cette barre était bien spécial; une partie centrale, tout le long de cette tige métallique, paraissait plus opaque que le reste. Les dimensions en étaient de 32 centimètres de long sur 2 centimètres 5 de large; cette tige s'étendait des ischions au diaphragme; à la réflexion on pouvait penser qu'il s'agissait là de l'image radiologique d'une *pompe de bi-*

cyclette (fig. 1), dont le piston, plus opaque, était même visible; la poignée, un peu plus large, était en bas, et la pompe était fermée.

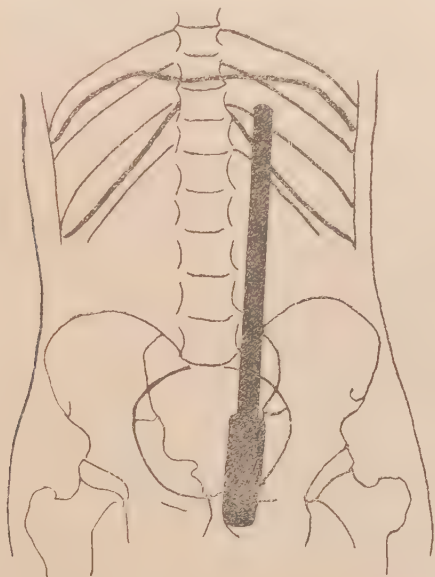


Fig. I

Devant cette curieuse image radiologique, nous interrogeons avec soin ce sujet, et apprenons ainsi les faits suivants :

Il s'agit d'un homme de 57 ans, originaire des Côtes-du-Nord, marié à une femme de 70 ans. Il exerce le métier d'homme à tout faire, se cantonnant pour l'instant dans les milieux agricoles, c'est-à-dire qu'il circule à bicyclette dans la campagne de Seine-et-Oise, à la recherche de quelques heures de travail.

Il habitait jusqu'à ces dernières années en Bretagne avec sa femme et sa fille, fille-mère âgée de 25 ans, et semblant posséder une absence totale de moralité, chaudement approuvée en cela par son père, lequel estime « qu'elle n'a pas besoin d'être mariée pour être capable d'avoir un enfant ».

Puis, ne trouvant plus de travail en Bretagne, sa fille vivant avec son amant, et sa femme étant paralysée, notre homme vient habiter Versailles, où réside sa sœur, âgée de 65 ans.

C'est avec bien des difficultés que nous arrivons à tirer ces quelques renseignements de cet individu, petit, au faciès de dégénéré, l'œil inquiet, les mains tremblantes. Mais à partir du moment où nous abordons la question essentielle, celle du corps étranger, l'interrogatoire devient impossible : de plus en plus inquiet et réticent, le sujet se contredit, mettant un long retard à répondre tout de travers à des questions pourtant fort simples. Nous arrivons cependant, non sans peine, à en tirer quelque chose : il aime le vin, et en boit volontiers beaucoup, surtout du blanc.

Le cas nous paraissant intéressant, nous décidons, avant de pratiquer quelque intervention que ce soit, de l'éclaircir; et pour cela, nous lui offrons à boire, si bien que, peu à peu, sa langue se déliant grâce au vin blanc, nous finissons, avec près de deux litres, par tirer à peu près la chose au clair :

Le samedi 8 septembre, ayant, nous dit-il, « un coup de blanc dans le nez », il décide, après mûre réflexion, d'arrêter une diarrhée persistante « qui lui coule depuis 10 jours dans les pantalons ». Pour cela, il ne trouve rien de mieux que de « mettre un bouchon », et il trouve ingénieux de s'introduire, à cet usage, et pendant quelques moments, un corps étranger dans l'anus. Mais qu'était ce corps étranger, nous n'arrivons pas à le lui faire préciser.

Le dimanche 9 — rappelons que nous sommes le 12, et que 3 jours se sont donc écoulés — il rencontre sur la route trois ouvriers, avec lesquels, bien facilement, il fait rapidement connaissance; ils décident de faire tous les quatre, le soir même, un petit « gueuleton » dans les bois. Inutile d'ajouter que ce repas fut surtout à base de liquides, et se termina, comme il se doit, dans l'ivresse la plus profonde.

Arrivé à ce point de l'interrogatoire, notre homme prétend ne se souvenir de rien; il est de plus en plus réticent, et nous voyons que nous n'en tirerons rien de plus sur ce chapitre. A-t-il trop parlé à ses nouveaux amis de sa diarrhée et de son remède, ou bien se sont-ils amusés tous quatre, étant un peu ivres, à satisfaire le vice de l'un d'eux ?

Tout ce que nous pouvons lui faire dire, c'est qu'à son réveil, il se retrouva seul, avec la sensation très nette d'un corps insolite « dans le fondement », avec une gêne anormale en arrière de l'appendice xyphoïde.

Par réflexe, ses doigts cherchèrent aussitôt à extraire l'encombrant objet, mais en vain. Toute la matinée, ne pouvant s'asseoir sur sa bicyclette et se pencher sur son guidon, il marche en tirant son véhicule, et finit ainsi par arriver chez sa sœur à Versailles; là, il tourne en rond toute la journée sans rien faire, et sans s'asseoir; à midi, il refuse tout aliment, se prétendant un peu souffrant : « Ça n'aurait pas pu passer », nous explique-t-il. Tout cela paraît bien étrange à sa sœur, qui l'assaille de questions — sans succès, évidemment... du moins jusqu'au soir, où il avoue à sa sœur la curieuse chose qui lui arrive.

Immédiatement, sa sœur le décide à aller voir le médecin qui, ne sachant de quoi il peut s'agir — notre homme n'ayant pas répondu à ses questions — se décida à nous l'envoyer, peut-être un peu pour s'en débarrasser.

Nous adressons alors le malade avec sa radiographie dans le service de chirurgie : l'extraction du corps étranger fut pratiquée très aisément à l'aide d'une pince de Museux, après dilatation de l'anus sous anesthésie générale.

Le chirurgien retira une masse noirâtre, malodorante n'est pas assez dire : nauséabonde, d'une longueur de 60 centimètres, qui s'avéra bien être une pompe de bicyclette, dont le piston, complètement rentré lorsque la pompe était dans le rectum, avait été tiré le premier, le corps de la pompe ayant suivi seulement une fois le pis-

ton totalement extrait. La pompe, refermée, mesurait bien 32 centimètres.

Après l'extraction, nous avons demandé un cliché de l'intestin, et celui-ci, avons-nous constaté, était en tous points normal, le lendemain de l'intervention (fig. 2).

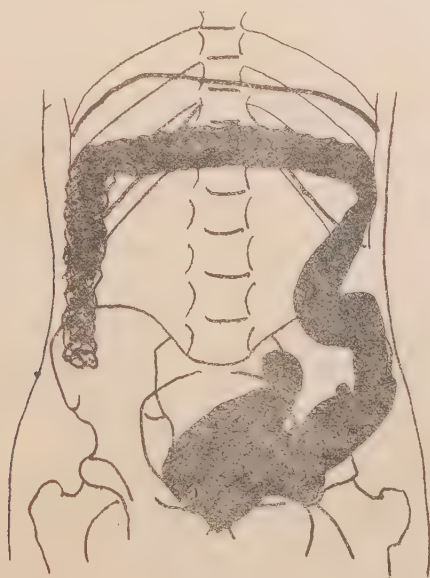


Fig. II

Ce sujet a été revu par nous une semaine plus tard ; il ne présentait absolument aucun trouble de son tube digestif, et en particulier aucun écoulement sanguin ni muqueux.

CONCLUSIONS

Nous avons essayé, dans cette thèse, de montrer l'intérêt qui s'attache à l'étude des corps étrangers du Rectum.

Après avoir classé ceux-ci, chez l'adulte, — leur rareté chez l'enfant a été rapidement traité par nous — en corps étrangers non introduits par l'anus, d'un intérêt chirurgical relatif, et en corps étrangers introduits par l'anus, infiniment plus intéressants, nous avons essayé de grouper ici les causes les plus fréquentes de la présence des corps étrangers du Rectum; nous avons essayé, aussi clairement que possible, de présenter leurs symptômes, de montrer la nécessité d'un traitement précoce, et aussi d'un traitement assez large, envisagé de suite, sans tenter d'en faire, a priori, le moins possible.

La nécessité du *traitement précoce* est fonction de la fréquence des complications, et de leur précocité, qui sont dûes au corps étranger lui même autant qu'à son séjour dans l'ampoule rectale, séjour facteur l'ulcérations uniques ou multiples; classiquement ces ulcérations apparaissent précocement.

Nous avons montré la *difficulté du diagnostic*, dû à la rareté des aveux spontanés, à la réticence de ces sujets, dû aussi à l'extrême variété et à l'imprévu de ces corps étrangers.

Nous avons enfin présenté une *observation nouvelle* de corps étranger Rectosigmoïdien, pour lequel le sujet a été vu 3 jours après l'introduction d'un objet particulièrement long, et dont l'extraction a eu lieu sans difficulté, le diagnostic et le repérage de l'objet ayant été faits grâce à une image radiologique.

Malgré ce délai de 3 jours entre l'introduction et l'extraction, malgré la longueur du corps étranger, nous avons fait remarquer l'absence totale de troubles ultérieurs.

En cours de route enfin, notre observation a confirmé l'impossibilité quasi absolue d'un interrogatoire précis, avec des réponses franches et sincères, les sujets étant pour la plupart des perversis, et pour beaucoup des minus habens dont on ne peut rien tirer.

Nous ne saurions conclure une telle étude sans dire l'intérêt qui s'attache à *l'examen radiologique* des corps étrangers du Rectum avant toute intervention, non seulement pour confirmer le diagnostic, mais surtout dans un but de *repérage* de l'objet, trop peu d'auteurs ont encore mentionné cette technique préalable.

Vu
Le Doyen :
TIFFENEAU

Vu
Le Président de la Thèse :
CUNEO

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

FÈVRE. — Chirurgie infantile d'urgence.

LE DANTEC et DELBET. — Traité de chirurgie clinique et opératoire.

LEJARS. — Chirurgie d'urgence.

DELBET. — Corps étrangers du Rectum — à propos d'une bouteille. (*Bull. Soc. Chir.* Novembre 1897).

DELBET. — Corps étrangers du Rectum — mécanisme de l'enclavement des corps étrangers longs et volumineux. (*Gaz. hebdom.* Novembre 1897).
